

FAX : 026-295-1152

令和 年 月 日

長野市民病院 出前講座申込書

長野市民病院 地域医療連携室 気付

病院長 池田 宇一 行

団体名 _____

代表者氏名 _____

住 所 _____

担当者氏名 _____

// 電話番号 ()

// 携帯電話番号 ()

// F A X 番号 ()

以下のとおり出前講座を希望いたします。

希望講座	番号	講座名
受講人数	概ね	人 (平均年齢およそ 歳位)
希望日時	第1希望	月 日 () 午前・午後 : ~ :
"	第2希望	月 日 () 午前・午後 : ~ :
"	第3希望	月 日 () 午前・午後 : ~ :
場 所		
床について	(○印)	フロー (下足・スリッパ) ・ 畳 ・ じゅうたん
"	(実技講座の場合のみ、○印)	受講者は、 床に横になれます ・ 床に横になれません
受講目的		
会場の備品等	(ご用意できるもの、○印) ※ すべて使用するとは限りません	・スクリーン ・ プロジェクター ・ パソコン ・ ホワイトボード (マグネットつき) ・白壁 (スクリーンのご用意がない場合) ・講師用マイク ・ 演台 ・ 駐車場 ・ 長机 ・ 椅子
講師に ご要望があれば お書き下さい		

■ 講師の業務の都合により、講座や日時のご希望に添えない場合があります。

■ 場所がわかりにくい会場の場合は、恐れ入りますが付近図や行き方などを F A X ください。

当院地域医療連携キャラクター すまいリン

